

申請場所：保険年金課 医療給付担当(21番窓口)  
 持参するもの：印鑑、受給者証、領収書、保険証、通帳原本  
 ※一医療機関について一ヶ月1枚必要です。

## <申請書の記入例>

※受給資格者名義の口座に振り込む場合

- 重度心身障害者  
 ひとり親家庭医療費助成金申請書  
 子ども(乳幼児及び児童)

※申請額 **記入不要です** 円 (ただし、令和 **記入不要です** 年 月分)

標記医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先)今治市長

請求者  
(受給資格者)

住所 ○○市○○町～

氏名 **今治 太郎**

電話 (XXXX)XXXX-XXXX

↑日中連絡がとれる連絡先を記入してください。

受給(資格)者証	重	・	ひ	・	子
記号番号	今治		<b>記入不要です</b>		

振込 金融機関	●●	銀行 農協 信用金庫	○△	支店	普通・当座 口座番号 <b>1234567</b>	口座名義人(カタカナ) <b>イマバリ タロウ</b>
------------	----	------------------	----	----	------------------------------	--------------------------------

受給資格者名義の口座情報を  
記入してください。  
※普通が当座に○をお願いします。

### 国民健康保険 後期高齢者医療保険 社会保険

による診療報酬請求額証明書

医療機関等記入欄は、  
患者氏名のみ記入願います。  
※診療報酬等はこちらで記入します。

患者氏名	<b>今治 花子</b>			一部負担金の割合	1割・2割・3割		
医療機関	被用者保険	今治	国保組合	保険者番号			
	協・組・船・共	国・退・後期	医歯国・他国	被保険者証 記号番号			
				入院・外来 実日数	入院・外来 ( 日間)		
診療報酬	総診療報酬点数						
	内訳 他法公費種別( )			他法公費負担点数 点			
入欄	領収金額(患者自己負担額)			一部負担	円		
				計	円		
上記のとおり証明します。							
令和 年 月 日							
医療機関等の名称及び 所在地・開設者氏名							

助成内容	本人負担額 ( 円)	高額療養費 ( 円)	付加給付額 ( 円)	助成金決定額 ( 円)
① りん議	課長	課長補佐	係長	係
	受付	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日
				令和 年 月 日

金額は記入しないでください

記入しないでください